WORLD HEALTH ORGANIZATION ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

REGIONAL OFFICE FOR EUROPE **BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE**

WELTGESUNDHEITSORGANISATION ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

REGIONALBÜRO FÜR EUROPA **ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО**

Pogled nazaj, pogled naprej: hitra ocena sistema skrbi za duševno zdravje v Sloveniji

Poročilo misije Regionalnega urada SZO za Evropo, opravljene na daljavo (september 2020)

Povzetek

Slovenija je v procesu ocenjevanja uspešnosti sistema skrbi za duševno zdravje in načrtovanja nadaljnjega razvoja teh storitev v državi. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije je zaprosilo Regionalni urad Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), da oceni sistem skrbi za duševno zdravje, prepozna nedavne dosežke, pa tudi še vedno obstoječe pomanjkljivosti pri zagotavljanju storitev. Ta ocena bo koristna za nadaljnje izvajanje Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja in izvedbo akcijskega načrta 2018−2028.

Poročilo vsebuje delovni okvir in ugotovitve misije pri oceni sistema skrbi za duševno zdravje. Člani misije so bili dr. Dan Chisholm (vodja Programa za duševno zdravje pri Regionalnem uradu SZO za Evropo), dr. Aiga Rurane (predstavnica SZO za Slovenijo) in dr. Francesco Amaddeo (svetovalec SZO). Pri delu so jim pomagali tudi ostali sodelavci iz Regionalnega urada in Urada SZO v Sloveniji. Tridnevna misija je bila zaradi razmer, povezanih s COVID-19 v letu 2020 v Evropi, izpeljana na daljavo v začetku septembra 2020. V okviru misije je bilo k predstavitvi svojih pogledov na dosedanje dosežke, na trenutno stanje in na prihodnje potrebe na področju sistema skrbi in storitev za duševno zdravje povabljeno večje število poznavalcev razmer v Sloveniji.

V primerjavi z misijo SZO, opravljeno v letu 2015, predstavlja ključni napredek priprava in sprejem Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018−2028, ki pomeni celovit okvir in strategijo za med-resorno ukrepanje na področju skrbi in storitev za duševno zdravje v državi. Dosežen je bil pomemben napredek pri implementaciji različnih delov Resolucije in izpolnjevanju priporočil predhodne misije SZO, zlasti z vzpostavitvijo večjega števila novih Centrov za duševno zdravje. Toda storitve za duševno zdravje in storitve socialnega varstva so v državi razporejene neenakomerno, še vedno razdrobljene in večinoma temeljijo zgolj na institucionaliziranem načinu izvajanja storitev. Zato

obstaja veliko priložnosti za izboljšanje, od tesnejšega med-resornega načrtovanja in usklajevanja, okrepitve prizadevanj za preventivo, izboljšanja dostopa do storitev do nadaljnjega razvoja kadrov na področju duševnega zdravja.

1 Uvod

1.1 Delovni okvir ocenjevalne misije

Ministrstvo za zdravje RS je v letu 2017 dalo pobudo, da se pripravi *Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028.* Državni zbor je Resolucijo marca 2018 po javni razpravi in usklajevanju pristojnih ministrstev soglasno sprejel.

Trenutno, v letu 2020, je slovenska vlada še v procesu pregledovanja izvajanja ukrepov na področju skrbi za duševno zdravje, ki so navedeni v Resoluciji, in načrtovanja nadaljnjega razvoja storitev v državi za naslednje obdobje (2021–2023). V tem okviru je Ministrstvo za zdravje prosilo Regionalni urad SZO za Evropo, da oceni slovenski sistem skrbi za duševno zdravje, prepozna nedavne dosežke, pa tudi še vedno obstoječe pomanjkljivosti pri zagotavljanju storitev. Prošnja je sledila poročilu Regionalnega urada SZO za Evropo na temo duševnega zdravja iz leta 2015, katerega namen je bil prav tako podati oceno storitev v državi. Ta ocena je bila uporabljena kot pomembno izhodišče tokratne misije.

1.2 Delovni postopek ocenjevalne misije

Zaradi izbruha epidemije COVID-19 v Sloveniji in Evropi je bilo dogovorjeno, da bo misija izpeljana na daljavo in ne v obliki obiska države. Misija na daljavo je potekala 2., 4. in 7. septembra 2020 v obliki predhodno dogovorjenih spletnih sestankov. V misiji so sodelovali:

- dr. Dan Chisholm, vodja Programa za duševno zdravje, Regionalni urad SZO za Evropo,
- dr. Aiga Rurane, predstavnica SZO in vodja Urada SZO v Sloveniji in
- dr. Francesco Amaddeo, profesor psihiatrije, Univerza v Veroni (svetovalec SZO).

Sodelovali sta tudi sodelavki iz Regionalnega urada SZO (dr. Elena Shevkun) in Urada SZO v Sloveniji (Anita Štefin, administrativna podpora). Pred začetkom misije so potekali pogovori z delovno skupino nacionalnih predstavnikov izvajalcev zdravstvenih storitev. Na teh pogovorih so bili določeni vsebina, obseg in cilji ocenjevanja sistema. Poleg tega sta bila opravljena pregled relevantnega nacionalnega in mednarodnega gradiva in ocena obstoječih in potencialnih kazalnikov uspešnosti / rezultatov sistema skrbi za duševno zdravje (na podlagi nabora kazalnikov, ki jih je pripravil Nacionalni inštitut za javno zdravje).

Med misijo so potekali intervjuji z različnimi vladnimi in nevladnimi deležniki o zdravstveni politiki in njenem načrtovanju, zagotavljanju storitev, financiranju zdravstvenega sistema in ukrepih na ravni skupnosti. Seznam intervjuvancev je pripravila tehnična delovna skupina, ki je bila seznanjena s poročilom SZO in oceno iz leta 2015 in je določila predvideni obseg ocenjevanja glede na ministrstva ali agencije, različne resorje in izvajalce storitev. Imena in organizacije sodelujočih v intervjujih so navedena v Prilogi. Vsako posamezno srečanje je trajalo 45 minut, na nekaterih pa je sodelovalo tudi več intervjuvancev s povezanih delovnih področij (npr. zdravstveno varstvo na primarni ravni). Intervjuji so vključevali: 1) pozdravni

nagovor, predstavitev in vsebina / namen intervjuja; 2) temeljna vprašanja (splošen vpogled v potrebe, vrzeli, prioritete in dosežke); 3) specifična vprašanja (storitve / sistem / specifična dodatna vprašanja); 4) končne pripombe in zaključki.

Poročilo naj bi služilo kot podlaga za strateški dialog med nacionalno oblastjo in drugimi deležniki o razvoju sistema skrbi in storitev na področju duševnega zdravja v Sloveniji, zlasti v naslednjem obdobju izvajanja Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja (2021–2023).

2 Pogled nazaj: nedavni dosežki in obstoječi izzivi

Regionalni urad SZO za Evropo je leta 2015 prejel prošnjo, da izdela oceno sistema skrbi za duševno zdravje v Sloveniji. Končno poročilo je vsebovalo več priporočil, ki so vplivala na razvoj nacionalne strategije na področju duševnega zdravja in predstavljajo ustrezno podlago za presojo napredka ostalih aktualnih politik in storitev. Na podlagi analize dostopnih in pregledanih podatkov in strateških dokumentov ter mnenj sodelujočih deležnikov ta del poročila misije:

a) opisuje ključne trende in napredke v zadnjih petih letih, vključno s specifičnimi ukrepi, sprejetimi v skladu s priporočili iz poročila misije SZO iz leta 2015,

b) predstavlja trenutne razmere na področju duševnega zdravja v državi, vključno s sistemskimi elementi zagotavljanja storitev za duševno zdravje (upravljanje, financiranje, organiziranje storitev, področje kadrov, informacijski sistemi) in tudi z obsegom storitev (promocije, preventive in varovanja; zdravljenja, oskrbe in rehabilitacije).

2.1 Demografija in epidemiologija

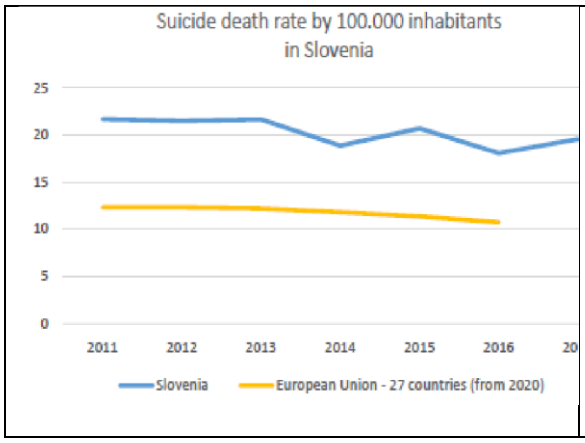
V Sloveniji je pričakovana življenjska doba za moške 78 let, za ženske 84 let. To kaže na staranje prebivalstva, kar posledično vpliva na razširjenost težav z duševnim in telesnim zdravjem, saj so te v starosti pogostejše. Podatki WHO Global Dementia Observatory[1] na primer pričajo o tem, da je bilo leta 2017 v Sloveniji 26 % prebivalcev starejših od 60 let.[2]

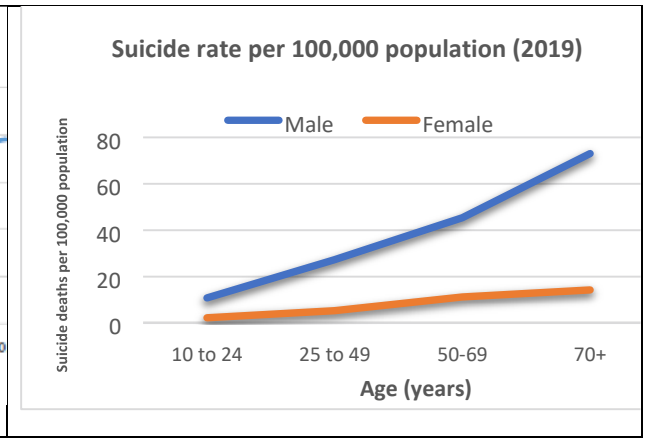
Zadnja ocena razširjenosti bolezni, navedena v študiji *Global Burden of Disease,* kaže, da ima 85.000 ljudi oziroma 4,3 % prebivalcev depresivno motnjo in dodatnih 80.000 ljudi oziroma 4 % prebivalcev anksiozno motnjo.[2] Poleg tega se ocenjuje, da več kot 20.000 ljudi trpi zaradi bipolarne motnje in psihoze. Kot prikazuje graf v nadaljevanju, je stopnja samomorilnosti v Sloveniji višja od povprečja v EU in v zadnjih nekaj letih blizu 20 samomorov na 100.000 prebivalcev. Stopnja samomorilnosti se močno razlikuje glede na starost in spol, zelo visoka je pri starejših moških.

[1] https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/dementia/gdo-country-profiles/gdoslovenia.pdf?sfvrsn=61c8907_6&ua=1

[2] http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool

Navkljub intenzivnim in uspešnim prizadevanjem za prepoznavanje, zdravljenje in obvladovanje najpomembnejših vzrokov prezgodnje umrljivosti, kot so npr. bolezni srca in ožilja, ostajajo v Sloveniji največje breme nenalezljive bolezni. Leta 2019 so predstavljale več kot 80 % nezmožnosti prilagojenih let življenja (DALY) [2]. Duševne in nevrološke motnje ter motnje zaradi uporabe psihoaktivnih snovi predstavljajo 15 % bremena nenalezljivih bolezni oziroma 25 %, če upoštevamo le primere brez smrtnih izidov.





2.2 Socialno-ekonomske determinante in njihove posledice za duševno zdravje

Dobro duševno zdravje ali psihično blagostanje je sestavni del posameznikove zmogljivosti, da živi polno življenje, vključno s sposobnostjo, da vzpostavlja in ohranja odnose z drugimi ljudmi, se uči, dela ali izvaja prostočasne dejavnosti ter sprejema vsakodnevne odločitve o izobraževanju, zaposlitvi, bivališču in podobno. Dobro duševno zdravje pa ogrožajo številni dejavniki, med njimi biološke značilnosti, socialne in ekonomske okoliščine ter posameznikovo širše okolje. Izpostavljenost tem dejavnikom tveganja ali dejavnikom stresa lahko povzroči vrsto težav v duševnem zdravju, še posebej pri ranljivejših skupinah prebivalstva.

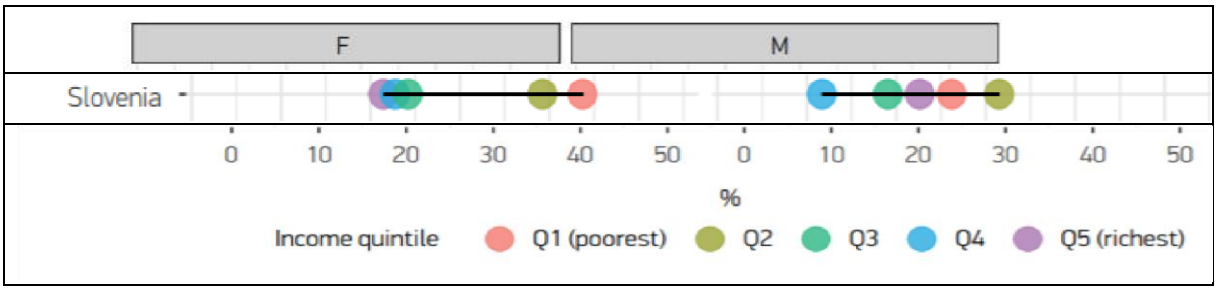
Analize v Sloveniji, kot tudi v drugih državah, je prikazala povezanost predvsem med socialnimi in ekonomskimi dejavniki in med možnostjo biti zdrav, tveganjem in resnostjo bolezni ter tveganjem prezgodnje smrti. Ti dejavniki vključujejo dolžino oziroma število let izobraževanja, raven prihodkov in varnost zaposlitve, stanovanjske razmere in varnost, socialni in družbeni kapital. Učinek razlik v socialno-ekonomskih priložnostih in okoliščinah se v času življenja kopiči in prispeva k odstopanju od pričakovane življenjske dobe oziroma k umrljivosti prebivalstva v Sloveniji.[3]

Naslednja ilustracija prikazuje vpliv socialno-ekonomskih razmer, v katerih se ljudje znajdejo, na razlike v duševnem zdravju in blagostanju. Obstajajo znatne razlike v tem, kako svoje duševno zdravje ocenjujejo nižje in kako višje socialno-ekonomske skupine (višji indeks dobrega počutja WHO-5 odraža višjo raven zdravja (SZO, 2019).[4]

[3] SZO (2014). Umestitev enakosti v zdravju in socialne determinante zdravja v regionalni razvoj Slovenije. Regionalni urad SZO za Evropo; Kopenhagen, Danska.

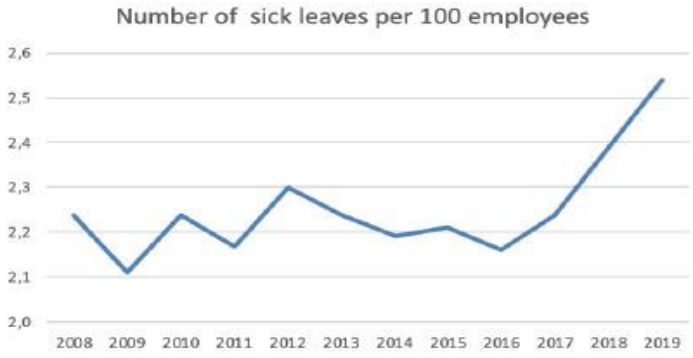
[4] SZO (2019). Zdravo in uspešno življenje za vse: Poročilo o stanju enakosti v zdravju v Evropi. Regionalni urad SZO za Evropo; Kopenhagen, Danska.

Slovenija je ukrepala na širšem družbenem, ekonomskem in okoljskem področju z izvajanjem številnih politik, ki zadevajo socialno varnost, izobraževanje, zdravje in obdavčitev. Ministrstvo za zdravje si je v vseh fazah razvoja po letu 2000 prizadevalo za odpravljanje neenakosti in za med-resorno ukrepanje pri njenem odpravljanju. Te politike so omogočile hitrejši napredek v smeri večje enakosti pri zdravju. Vzorci in razsežnost neenakosti v zdravju v Sloveniji pa so podobni kot v drugih državah Evropske unije (EU).[5]



Od leta 2015 se je znatno povišalo število odsotnosti z dela zaradi duševnih motenj (glej graf spodaj).

Indicator: Sick leave due to mental disorder

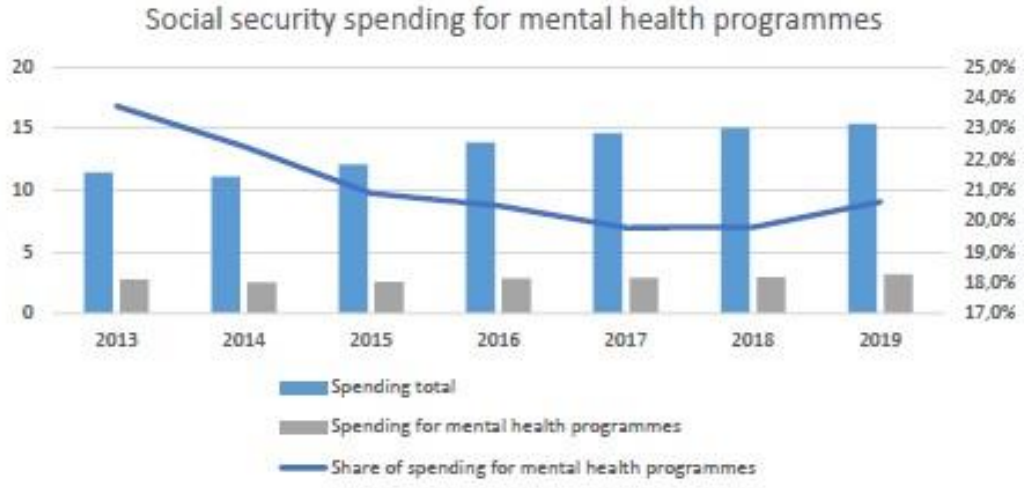


Description: The indicator shows cases of sick leave due to a diagnosis from Chapter V. of the ICD-10 per 100 employees.
Source: 2020, National Institute of Public Health

Večina ljudi s hudimi težavami in tudi z nekaterimi manj hudimi duševnimi motnjami prejema državno socialno pomoč. Programi socialnega varstva se financirajo iz različnih virov. Večina virov sredstev prihaja od Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ). Predstavljeni podatki v nadaljevanju prikazujejo celotno porabo MDDSZ za programe socialnega varstva in duševnega zdravja (v milijonih EUR na leto). Programi

[5] https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/socialdeterminants/news/news/2011/01/high-level-forum-on-social-determinants-of-health-and-healthinequalities/socioeconomic-determinants-of-health-in-slovenia [6] Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo (2020).

duševnega zdravja vključujejo stanovanjske skupnosti, dnevne centre, svetovalne centre, telefonske številke za pomoč ob težavah v duševnem zdravju in zagovorniško dejavnost.[6]



2.3 Sistem skrbi za duševno zdravje

Upravljanje

Kot je navedeno na začetku tega poročila, je bila Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018–2028, sprejeta marca 2018 po daljšem obdobju intenzivnih priprav in posvetovanj.[7] Vrednosti in pomena takšnega strateškega dokumenta ni mogoče dovolj poudariti, saj nudi vsem deležnikom v državi jasen in konkreten nabor ciljev, dejanj in ukrepov za trajnostni razvoj področja duševnega zdravja v državi. Sprejeta Resolucija je začrtala celovit in ambiciozen načrt, ki temelji na osnovnih načelih javnega zdravja, na temeljiti analizi nacionalnih in mednarodnih trendov in se dotika najpomembnejših perečih vprašanj, kot so pravice in socialna vključenost oseb s psihosocialnimi motnjami. Po mnenju sodelujočih v intervjujih ima veliko podporo pri slovenskih deležnikih. Resolucija je potemtakem ključni dosežek in zapolnjuje dolgoletno praznino, ki je obstajala v strateškem pristopu države k duševnemu zdravju.

Ključni prepoznani izziv je obseg implementacije Resolucije glede na Akcijski načrt, kar je posledica celovite, večplastne in med-resorne narave določenih ukrepov. Med največjimi odkritimi ovirami pri izvajanju ukrepov sprejete Resolucije so: a) nestabilna politična podpora; b) nezadostna finančna podpora, tako strukture upravljanja in vodenja kot tudi dejanske uvedbe ukrepov; c) neenotnost ministrstev in strokovnjakov glede upravljanja, nadzora in usklajevanja izvajanj aktivnosti iz Resolucije; d) neobstoj lokalnih / regionalnih odborov ali svetov za duševno zdravje.

Podobna so tudi opažanja na področju zakonodaje o duševnem zdravju. Leta 2008 je Vlada sprejela nov zakon o duševnem zdravju, ki je pomenil nadvse pomemben osnovni korak k boljši

[6] Inštitut RS za socialno varstvo (2020).

[7] Juričič, N. C., Zakotnik, J. M., Dernovšek, M. Z., Švab, V., Anderluh, M., Roškar, S., Klanšček, H. J., Bajt, M., Roškar, M., Čobal, N. (2018). Pomen Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 za Slovenijo. *European Journal of Public Health*, 28 (suppl_4); doi.org/10.1093/eurpub/cky218.202

podpori in zaščiti oseb s težavami v duševnem zdravju ali s psihosocialnimi motnjami. V naslednjih letih je Vlada pristopila tudi k podpisu mednarodnih zavez, kot je na primer Konvencija ZN o pravicah invalidov. Ostaja pa upravičena zaskrbljenost glede hitrosti oziroma obsega uvajanja sprememb, o čemer pričajo prevladujoča stigmatizacija in diskriminacija ter vztrajanje pri institucionalnih modelih skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju in osebe s kognitivnimi, intelektualnimi ali psihosocialnimi motnjami. Ostajajo tudi pomembne vrzeli v zakonodaji in predpisih, na primer v zvezi s standardi, zahtevami in delovnimi pogoji psihoterapevtov.

Financiranje

Za vzpostavitev uspešno delujočega sistema skrbi za duševno zdravje je ključni dejavnik financiranje, saj pomeni mehanizem, s katerim se z dodeljenimi sredstvi načrti in politike pretvarjajo v dejanja. V Sloveniji sta zdravljenje in skrb za osebe s težavami v duševnem zdravju, kot so psihoza, bipolarna motnja in depresija, krita iz nacionalnega zdravstvenega zavarovanja in sheme nadomestil. Posamezniki ne plačajo za storitev na mestu, kjer so jo uporabili (tako ambulantna kot bolnišnična obravnava sta v celoti kriti iz zavarovanja).

Ocenjevanje skupnih izdatkov za duševno zdravje je zapleteno, oceno otežuje tudi razpršenost med ministrstvi in resorji, to pa že samo po sebi zavira celostno načrtovanje izdatkov in sledenje. Najnovejši podatki, posredovani za objavo v Atlasu duševnega zdravja SZO, temeljijo na starih ocenah: leta 2011 so znašali stroški v psihiatričnih bolnišnicah 54,7 milijonov EUR, leta 2006 pa so bili skupni javnofinančni izdatki za duševno zdravje 177,1 milijon EUR (kar je 5,8 % skupnih javnofinančnih izdatkov za zdravstvo).[8] Če to razmerje prenesemo na skupne izdatke za zdravstvo, torej na 3,5 milijarde EUR v letu 2017, znaša celotni znesek 200 milijonov ali 100 EUR na prebivalca. Iz podatkov, ki jih je Slovenija posredovala Atlasu duševnega zdravja leta 2020, lahko izračunamo približne deleže posameznih izdatkov za duševno zdravje: psihiatrične bolnišnice 40–60 %, skupnostne storitve na področju duševnega zdravja 21–40 %, oskrba na področju duševnega zdravja v splošnih bolnišnicah 6–10 %, oskrba na področju duševnega zdravja na primarni ravni 6–10 % in promocija duševnega zdravja < 5 %. Iz tega je razvidno, da je, čeprav Resolucija poziva k preusmeritvi sredstev v storitve na področju duševnega zdravja v skupnost, velik delež sredstev še vedno namenjen psihiatričnim bolnišnicam in zavodom za dolgotrajno oskrbo.

Financiranje sistema skrbi za duševno zdravje je zapleteno zaradi dejstva, da je za financiranje bolnišnične oskrbe na področju duševnega zdravja pristojno Ministrstvo za zdravje, za financiranje dolgotrajne oskrbe v socialnovarstvenih zavodih pa Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. To narekuje potrebo po okrepitvi skupnega, usklajenega finančnega načrtovanja, da bi se lahko spopadli s trenutno fiskalno razdrobljenostjo in protekcionizmom. Druga težava, povezana s financiranjem, pa se nanaša na mehanizme za poplačila izvajalcev storitev, ki so osredotočeni na količino namesto na kakovost. Tako se na primer na ravni bolnišnice opravi plačilo za vsak obravnavani primer, pri tem pa niso upoštevani kazalniki kakovosti ali uspešnosti.

[8] https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/SVN.pdf

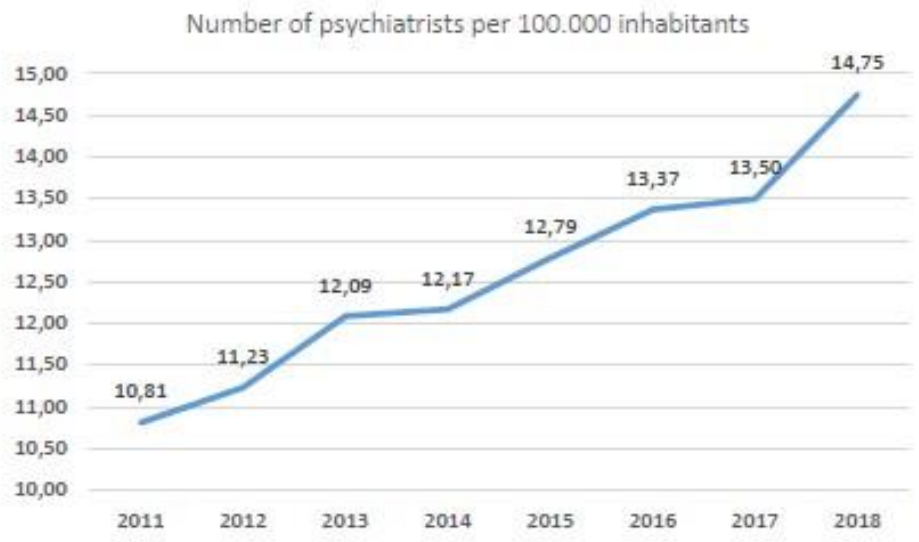
Delovna sila

Slovenija ima več kot 1.500 strokovnjakov za duševno zdravje, ki delajo tako v javnem sistemu kot zunaj njega, kar pomeni približno 75 na 100.000 prebivalcev (Atlas SZO, 2017). Skoraj polovico predstavljajo medicinske sestre, ob tem pa je na 100.000 prebivalcev 12 psihiatrov in 9,3 psihologa. Večina kadra opravlja delo v specializiranih ustanovah za duševno zdravje, vse več pa je tudi takih, ki se zaposlijo v že vzpostavljenih Centrih za duševno zdravje. Več sodelujočih v intervjujih je opozorilo na posebno problematiko - enako kot že prejšnje poročilo misije SZO - in sicer, na nezadostno število specialistov klinične psihologije, ki ne sledi potrebam. To se odraža v dolgih čakalnih vrstah (v primeru otrok in mladostnikov je ta na primer do 18 mesecev). Ta primanjkljaj ostaja pomemben, saj je v Sloveniji zgolj 96 specialistov klinične psihologije.

Število psihiatrov na 100.000 prebivalcev v Sloveniji v zadnjih nekaj letih narašča, a je Slovenija v primerjavi z drugimi državami še vedno pod evropskim povprečjem. V Sloveniji je skupno število specialistov otroške in mladostniške psihiatrije -31 (Atlas, 2020), poročilo SZO iz leta 2015 jih navaja 25. Leta 2015 je SZO zaznala tudi nizko število medicinskih sester; po podatkih Atlasa SZO je bil v letu 2017 njihov delež 36,73 na 100.000 prebivalcev, v letu 2020 pa 40,5.

Nesorazmerno je število psihiatrov, zaposlenih v specializiranih psihiatričnih bolnišnicah in psihiatrov, zaposlenih na psihiatričnih oddelkih (v bolnišnicah dela 134 od 215 specialistov psihiatrije in 17 od 32 specialistov otroške in mladostniške psihiatrije). Število specialistov klinične psihologije je še nižje (skupaj 96), od tega jih 40 dela v bolnišnicah. Le 44 psihiatrov, 9 specialistov otroške in mladostniške psihiatrije in 46 specialistov klinične psihologije dela na primarni ravni (v zdravstvenih domovih). Od 54 specializantov psihiatrije jih 48 dela v bolnišnicah in le 6 v zdravstvu na primarni ravni. Od 22 specializantov otroške in mladostniške psihiatrije pa jih je v bolnišnicah zaposlenih 13 in zgolj 9 v zdravstvu na primarni ravni. Specialisti, ki delajo v specializiranih ustanovah za duševno zdravje ali na bolnišničnih oddelkih, pogosto opravljajo dodatno pogodbeno delo v drugih zdravstvenih ustanovah. Od 191 specialistov, ki delajo v specializiranih psihiatričnih bolnišnicah ali na psihiatričnih oddelkih, ima 128 specialistov podpisane pogodbe o izvajanju storitev tudi v drugih zdravstvenih ustanovah, večinoma na primarni ravni, kar kaže, da je v zdravstvu na primarni ravni velika potreba po specialistih.[9]

[9] Vir: Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ)



*Število psihiatrov na 100.000 prebivalcev

Poleg povečanja števila specializacij iz klinične psihologije obstajajo znatne priložnosti za povečanje kapacitet, veščin in kompetenc na področju zgodnjega odkrivanja ali preprečevanja težav v duševnem zdravju med preostalimi, s področjem duševnega zdravja povezanimi kadri, vključno s pediatri na primarni ravni in šolskimi psihologi.

Informacijski sistemi in nadzor

Iz seznama vnaprej pripravljenih kazalnikov za to misijo, iz sodelovanja in posredovanih podatkov EU, SZO in iz drugih mednarodnih baz podatkov, je jasno, da Nacionalni inštitut za javno zdravje že zbira, analizira in poroča o številnih različnih vidikih sistema skrbi za duševno zdravje ter državi na ta način omogoča ustrezno spremljanje aktivnosti in napredek pri doseganju ciljev, sprejetih na nacionalni ravni. Podobno kot v mnogih drugih državah je največja vrzel pri nadzorovanju sistema skrbi za duševno zdravje povezana s kazalniki kakovosti storitev in njihovega vpliva / rezultatov pri uporabnikih. Več pozornosti bi tudi lahko bilo posvečeno boljšemu prepoznavanju, ocenjevanju in uporabi podatkov o socialnih determinantah duševnega zdravja kot načinu za boljše razumevanje njihovega vpliva na potrebe na področju duševnega zdravja oziroma na prebivalstvo.

2.4 Storitve na področju skrbi za duševno zdravje

Promocija, varovanje in preventiva

Težave v duševnem zdravju se lahko pojavijo kadarkoli v življenju. Za njihovo odkrivanje je zato perspektiva vseživljenjskega pristopa izrednega pomena, saj pokaže, kako izpostavljenost tveganjem v začetni fazi razvoja vpliva na duševno blagostanje oziroma kako mnogo let ali desetletij pozneje povzroči težave v duševnem zdravju. Negotova navezanost ali družinsko nasilje v otroštvu so na primer pomembni napovedovalci poznejših težav, kot sta zloraba psihoaktivnih snovi ali prestopniško vedenje v mladostništvu, kar ponovno povečuje verjetnost izpostavljenosti drugim znanim dejavnikom tveganja v odrasli dobi, kot so brezposelnost, zadolževanje in socialna izključenost. Posledično bi zato morala biti potreba po

promociji in zaščiti duševnega zdravja in dobrega počutja prebivalstva, zlasti otrok in mladostnikov, nekaj samoumevnega.

Slovenija je dala več pobud in sodelovala v številnih mednarodnih projektih, ki se osredotočajo na varovanje duševnega zdravja specifičnih skupin prebivalstva, med njimi otrok, mladostnikov in njihovih staršev, kar je zelo pohvalno. V spodnjem poudarjenem okviru so navedeni primeri. Ker sta preventiva in promocija v začetni fazi razvoja zelo pomembni, bi bilo smiselno te programe še dodatno okrepiti. Večje število intervjuvancev je govorilo o omejenem dosegu in sredstvih financiranja teh dejavnosti, ki so bile največkrat povezane s časovno omejenimi projekti Evropske unije ali drugih partnerjev. Zaznati je bilo na primer, da kljub trdnim dokazom o učinkovitosti učenja socialnih in čustvenih veščin v šolah, v Sloveniji trenutno tak nacionalni program ne obstaja. Leta 2019 je bil za učitelje v Sloveniji uveden preizkušen program Vodenje razreda iz cikla Neverjetna leta, a se v širšem obsegu doslej ni izvajal. Nove veščine bi koristile šolskim svetovalnim delavcem in psihologom, pa tudi delavcem v zdravstvenem sektorju, kot so pediatri na primarni ravni, saj bi pridobili in dopolnili na kompetencah osnovano znanje psihosocialnih veščin.

Slovenija je sodelovala tudi v številnih mednarodnih projektih, ki zadevajo predvsem stigmatizacijo in diskriminacijo, vključno s projektom ASPEN (Anti-Stigma Programme – European Network) in mrežo INDIGO. Razvilo se je gibanje NVO, ki se bori proti diskriminaciji oseb s težavami v duševnem zdravju in tistih, ki imajo psihosocialne motnje, ter njihovih družin, in spodbuja pristope okrevanja, skrbi in rehabilitacije v skupnosti.

OMRA – Inovativni program za krepitev ozaveščenosti o duševnem zdravju in odpravljanje stigmatizacije v družbi. Program je namenjen tistim, ki se soočajo s težavami, pa tudi njihovim sorodnikom in splošni javnosti, vključno s strokovnjaki; https://www.omra.si/
A (se) štekaš?!? – Celovit pristop k promociji duševnega zdravja in za preprečevanje samomorilnega vedenja med mladostniki, starimi od 12 do 18 let; http://zivziv.si/a-se-stekas/
Neverjetna leta – Projekt za podporo razvoja otrok v zgodnjem otroštvu, katerega namen je vpeljati dokazano učinkovit preventivni program skrbi za uravnotežen razvoj vsakega otroka in dobro počutje celotne družine; https://neverjetna-leta.si/
Program preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov – Program za starše, ki se v velikem delu nanaša na duševno zdravje; https://zdaj.net/
To sem jaz – Program za krepitev duševnega zdravja mladostnikov, za razvoj samospoštovanja, socialnih, čustvenih in drugih življenjskih veščin, ki so mladim v pomoč v vsakdanjem življenju; http://www.tosemjaz.net

Zdravljenje, oskrba in rehabilitacija

Primarna raven zdravstvenega varstva

Nedavna analiza razmer in poročilo Regionalnega urada SZO za Evropo sta izpostavila pomembne dosežke, narejene pri krepitvi sistema primarnega zdravstva in storitev v državi,

kar omogoča visok delež prebivalstva z obveznim zdravstvenim zavarovanjem.[10] Ob tem poročilo poudarja, da še vedno ostaja tudi nekaj pomembnih izzivov, na primer v zvezi z upravljavskimi strukturami, izgorelostjo osebja, pomanjkljivostmi kliničnega informacijskega sistema in mehanizmi za izboljšanje kakovosti. Ob teh sistemskih težavah bo za nadaljnje izboljševanje duševnega in tudi telesnega zdravja prebivalstva pomembno tudi stalno razvijanje kompetenc zdravstvenih delavcev na primarni ravni. Poročilo misije SZO o duševnem zdravju iz leta 2015 posebej omenja potrebo po nadaljnjem izvajanju uspešnih programov usposabljanj na področju duševnega zdravja na primarni ravni in po večji integraciji duševnega zdravja v osnovno zdravstveno oskrbo.

V zadnjih 20 letih so se splošni zdravniki redno izobraževali o depresiji, samopoškodovalnem vedenju in samomorih ter tako pridobili znanje za prepoznavanje in obvladovanje teh zdravstvenih stanj v skladu z mednarodnimi smernicami. Več kot 75 % zdravstvenih ustanov na primarni ravni ima na voljo farmakološke in tudi psihosocialne ukrepe za zdravljenje težav v duševnem zdravju. Poleg tega je bil leta 2019 v Sloveniji v sodelovanju s SZO odobren in dan v uporabo Priročnik SZO mhGAP za ukrepanje v primeru duševnih, nevroloških in motenj zaradi uživanja psihoaktivnih snovi. Priročnik je dokazano učinkovit pripomoček za prepoznavanje teh stanj v ne-specializiranem okolju, namenjen zdravnikom, medicinskim sestram in drugim delavcem v zdravstvu. Začetna uporaba in usposabljanje za uporabo Priročnika mhGAP sta usmerjena na težave v duševnem zdravju pri otrocih in mladostnikih, z možnostmi razširitve na druga področja.

Skrb za duševno zdravje v skupnosti

Namen Resolucije je razvoj celovite povezane mreže služb, ki bodo zadostile potrebam in pravicam posameznikov in skupnosti. Mreža služb obsega velik razpon storitev, področij in izvajalcev storitev. SZO je že leta 2015 priporočila vzpostavitev psihiatričnih ambulant v zdravstvenih domovih na primarni ravni ali v drugih regijskih centrih in usmeritev pozornosti na zagotavljanje oskrbe zunaj psihiatričnih bolnišnic. Ključen razvoj je bil narejen z vzpostavljeno novo mrežo Centrov za duševno zdravje, ki so že pokazali učinkovitost dela multidisciplinarnega tima, povečali zadovoljstvo uporabnikov storitev in zmanjšali potrebo po napotitvi v službe za bolj specializirano obravnavo. Trenutno obstaja v Sloveniji 20 Centrov za duševno zdravje (enakomerno porazdeljenih med tiste, namenjene otrokom in mladostnikom ter odrasle). Število obiskov je v letu 2019 doseglo 21.727. Obstaja tudi 6 psihiatričnih bolnišnic, ki nudijo tudi ambulantne storitve na področju duševnega zdravja za odrasle, in 3 bolnišnični oddelki, ki prav tako nudijo tudi ambulantne storitve za otroke in mladostnike.

Bolnišnična oskrba in oskrba v socialnovarstvenih zavodih

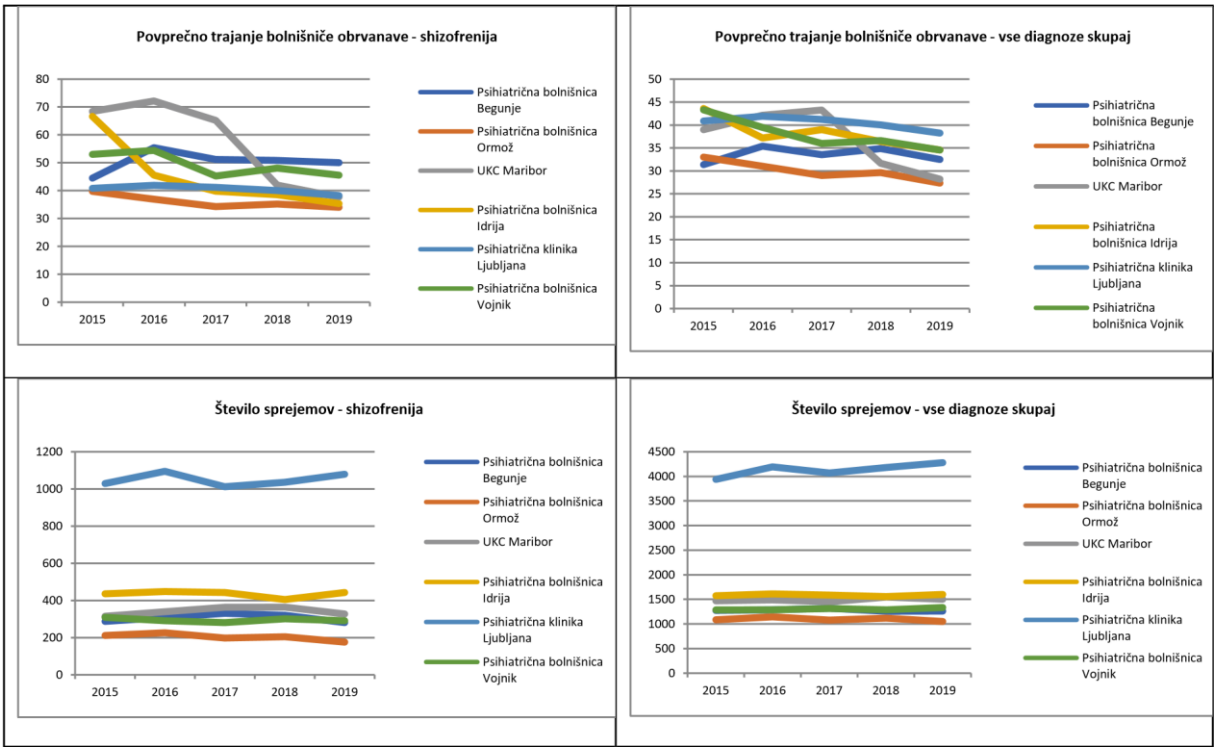
Leta 2015 je bilo v Sloveniji na voljo 59 bolnišničnih postelj na 100.000 prebivalcev, in to večinoma v psihiatričnih bolnišnicah (83 % postelj), preostale so bile v splošnih bolnišnicah (podatki CEPHOS). Hospitalizacija je v povprečju trajala 6 tednov. Po najnovejših podatkih iz Atlasa 2020 je skupno število bolnišničnih postelj za bolnike s težavami v duševnem zdravju 1.163 (56 postelj na 100.000 prebivalcev). Poleg teh je v državi na voljo še dodatnih 1.788

[10] SZO (2019). Celovita primarna raven zdravstvenega varstva, ki je osredotočena na posameznika, prinaša rezultate: študija primera iz Slovenije. Regionalni urad SZO za Evropo; Kopenhagen, Danska.

postelj v 81 nastanitvenih ustanovah za oskrbo duševno prizadetih oseb. Po mnenju večjega števila intervjuvancev je prav v teh ustanovah, ki so večinoma socialnovarstveni zavodi, priložnost za nadaljnjo deinstitucionalizacijo. Izdelani so protokoli, a so možnosti za preselitev uporabnikov storitev socialnovarstvenih zavodov v skupnost omejene zaradi finančnih in administrativnih ovir.

Ob teh podatkih in tudi podrobnejših informacijah, ki jih je posredoval Nacionalni inštitut za javno zdravje, se zdi, da se je v obdobju 2015–2019 proces deinstitucionalizacije odvijal počasi, z izjemo skrajšanja dolžine hospitalizacij bolnikov s shizofrenijo, ki se je skrajšala v Mariboru (z 68,4 na 37,7 dneva) in Idriji (s 66,6 na 35,4). Vsi drugi kazalniki (povprečno trajanje hospitalizacije v primerih drugih diagnoz kot tudi število sprejemov) so v zadnjih petih letih ostali večinoma nespremenjeni. Skratka, število bolnišničnih postelj na psihiatričnih oddelkih in število sprejemov ostajata glede na evropske standarde precej visoki in na področju skrbi za duševno zdravje prevladuje „institucionalna kultura“.

Razmerje med številom sprejemov in trajanjem bolnišnične obravnave v psihiatričnih bolnišnicah skozi leta



2.5 Povzetek razvoja po letu 2015 in razmere v letu 2020

Spodnja tabela prikazuje glavna priporočila misije SZO iz leta 2015 in povzetek komentarja napredka, doseženega na podlagi teh priporočil.

Povzetek napredka, doseženega pri uresničevanju priporočil misije SZO za duševno zdravje (2015)

Priporočila misije SZO (2015)	Napredek po letu 2015

Storitve na področju duševnega zdravja odraslih	***Storitve na področju duševnega zdravja odraslih***
Vzpostavitev psihiatričnih ambulant v zdravstvenih domovih na primarni ravni ali v drugih zdravstvenih centrih v skupnosti ter preusmeritev pozornosti na zagotavljanje oskrbe zunaj psihiatričnih bolnišnic.	Znaten napredek z vzpostavitvijo Centrov za duševno zdravje.
Nadaljevanje z uspešnimi programi usposabljanj o duševnem zdravju na ravni primarnega zdravstvenega varstva.	Nekateri od izobraževalnih programov so se nemoteno izvajali, med njimi se je začelo usposabljanje SZO mHGAP (delavnica za izobraževanje nosilcev usposabljanj strokovnjakov s področja duševnega zdravja otrok in mladostnikov), ki še ni izpeljano do konca.
Ovrednotenje učinkovitosti zahtevane psihiatrične ocene pri pridobitvi zdravniškega spričevala.	*Zadeve misija 2020 ni posebej obravnavala (ločeno poročilo o primarnem zdravstvenem varstvu pa kaže stalno delovno obremenitev zaradi izdajanja zdravniških spričeval) .*
Skrajšanje dolžine hospitalizacij bolnikov v psihiatričnih bolnišnicah in zmanjšanje števila ponovnih sprejemov z vzpostavitvijo spremljanja oseb s hudimi duševnimi težavami v skupnosti oziroma v zdravstvenih domovih.	Hospitalizacije so se skrajšale v 2 od 6 bolnišnic; obseg sprejemov ostaja nespremenjen, oziroma se povečuje.
Podpora ocenjevanja timov v zdravstvenih domovih in povečanje njihovega števila in kapacitet na podlagi rezultatov.	Koristi timskega dela v Centrih za duševno zdravje so prepoznane in upoštevane.
Načrtovanje razvoja delovne sile in usposabljanj na podlagi nacionalnih strateških potreb, ne zgolj kot odziv na poslovni načrt posameznih ambulant ali bolnišnic.	Kadrovsko načrtovanje ne temelji na nacionalnih potrebah in obstaja primanjkljaj določenih strokovnjakov in državnih sredstev za njihovo usposabljanje.
Povečanje števila kliničnih psihologov.	Obstaja pomanjkanje specialistov klinične psihologije in državnih sredstev za to specializacijo; čakalne vrste so dolge.
Odobritev plačil za storitve strokovnjakov, ki imajo dokazila, pridobljena na priznanih tečajih psihoterapije.	Strokovna akreditacija psihoterapevtov in njihovo plačilo zahtevata ureditev.
Posodobitev zakonodaje in predpisov na področju oskrbe forenzičnih pacientov, ki so lahko nevarni skupnosti.	*Zadevo misija 2020 ni bila posebej obravnavala, a posodobitev je potrebna.*
Ocenitev potreb uporabnikov storitev socialnovarstvenih zavodov in možnost deinstitucionalizacije.	Protokoli so izdelani, možnosti za vračanje uporabnikov v skupnost pa so omejene.
Storitve na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov	***Storitve na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov***
Vzpostavitev urgentne službe za otroke, ki bi bila odgovorna za oceno stanja in triažo.	2 centra v Ljubljani in 1 v Mariboru se uporabljata kot urgentna napotitvena centra; zaradi velikih potreb je pritisk na te centre zelo velik.

Preprečitev sprejema otrok na oddelke za odrasle z zagotovitvijo zadostnega števila postelj v zunaj-bolnišnični oskrbi z manjšo pod-enoto za mlajše osebe s hudimi duševnimi težavami.	Psihiatrična urgentna enota z 8 posteljami je bila vzpostavljena v 2019, vendar je v državi še vedno manj kot 50 postelj, zato je velik pritisk na posteljne kapacitete.
Razvoj multidisciplinarnih psihosocialnih timov, ki bodo povezani z ambulantami na primarni ravni ali s centri za socialno delo.	Pomemben napredek je dosežen z vzpostavitvijo timov v Centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov.
Podpora dokončanja regijskih interdisciplinarnih centrov, ki pomagajo učencem z učnimi težavami.	Nobenega bistvenega napredka področju ustanavljanja regijskih interdisciplinarnih centrov za take učence.

Da bi dobili bolj celosten pogled na trenutno splošno stanje sistema skrbi za duševno zdravje in na storitve, predstavljamo tudi večplastno analizo prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti (SWOT). Ključni razvoj je bil poleg vzpostavitve Centrov za duševno zdravje tudi uradno - in pri deležnikih močno podprto - sprejetje Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 in implementacija inovativnih praks in programov za promocijo in varovanje duševnega zdravja ponekod na lokalni ravni (npr. program starševstva Neverjetna leta). Prepoznane slabosti in nenehni izzivi se nanašajo večinoma na upravljavske težave (nepovezano načrtovanje in dodeljevanje sredstev), delovno silo (usposabljanje, razpoložljivost in dostop do specialistov) kot tudi na enakost (razlike v dostopnosti storitev glede na geografska območja). V nadaljevanju so navedene priložnosti za reševanje teh sistemskih problemov kot tudi ovire in nevarnosti za njihovo uresničitev.

SWOT analiza sistema skrbi za duševno zdravje v Sloveniji

Prednosti:	**Slabosti**:
• Celovita (in na videz dobro sprejeta) strategija / Resolucija. • Številni dobro usposobljeni / predani strokovnjaki. • Dobri in jasni primeri dobre prakse / inovacije. • Novoustanovljeni Centri za duševno zdravje - delujejo dobro, kjer so vzpostavljeni, še posebej usposobljeni, novi timi. • Močna mreža nevladnih organizacij, vzpostavljena po celotni državi, omogoča rehabilitacijo in preventivne dejavnosti.	• Počasno / nezadostno izvajanje dogovorjenih načrtov, strategij in zakonodaje. • Področno / nepovezano načrtovanje, financiranje in storitve - še posebej odnos med zdravstvenimi in socialnimi kot tudi izobraževalnimi storitvami (npr. slabo usklajevan nacionalni odziv na visok delež samomorilnosti). • Visoka raven institucionalizacije / prevladujoča institucionalna kultura. • Geografske razlike in neenakost – na odročnejših območjih so slabši dostop / nižja kakovost / manj priložnosti. • Koncentracija psihiatrov v psihiatričnih bolnišnicah. • Premalo specializacij (in povezanega financiranja) kliničnih psihologov in tudi drugih, na primer pediatrov na primarni ravni (komunikacijske spretnosti). • Dolge čakalne vrste za obravnavo pri kliničnih psihologih, psihologih in psihoterapevtih, vključno z obravnavo otrok in mladostnikov.

Priložnosti:	Nevarnosti:
• Boljše med resorno usklajevanje / sodelovanje. • Dodatna okrepitev in državno financiranje z dokazi podprtih preventivnih dejavnosti, kot so Neverjetna leta, NVO, ki delujejo na področju socialne in zaposlitvene rehabilitacije. • Dodatni Centri za duševno zdravje, v skladu z načrtom. • Razvoj skupnostnih alternativnih rešitev za institucije (npr. manjše stanovanjske skupine, omogočanje samostojnega življenja). • Večja uporaba / izkoristek bolnišničnih dnevnih storitev in splošnih bolnišničnih enot. • Boljše izkoriščanje številnih šolskih psihologov (npr. izvajanje programov učenja socialnih in čustvenih veščin).	• Stigma – ni tako zelo prisotna kot prej, a ostaja še veliko dela. • Pomanjkanje usklajenega načrtovanja / pripravljanje proračuna po sklopih / fiskalna razdrobljenost in protekcionizem, še posebej v zvezi s psihiatričnimi bolnišnicami. • Plačilo po številu storitev na škodo kakovosti (stroške bolnišničnih storitev pokriva zdravstvena zavarovalnica). • Pomanjkanje pobud – sistem ne spodbuja preselitve uporabnikov storitev zavodov za dolgotrajno oskrbo ali prelivanja sredstev v skupnostne storitve. • Trans-institucionalizacija.

3 Pogled naprej: možnosti, ki jih je treba preučiti

Na podlagi informacij, zbranih v „virtualni“ misiji, ki so bile predstavljene v 2. delu, ta del poročila navaja številne predloge ukrepov ali možnosti, ki jih kaže preučiti v zvezi s sistemom skrbi za duševno zdravje in razvoj storitev v Sloveniji. Celotna struktura predstavitve je enaka kot v prvem delu.

3.1 Sistem skrbi za duševno zdravje

Upravljanje in financiranje

Nacionalni program duševnega zdravja 2018–2028, ki vsebuje jasno opredeljene cilje, aktivnosti in ukrepe, je vitalnega pomena za državo. Njegovo izvajanje pa je naletelo na številne ovire, ki so podrobno opisane v točki 2.3.. Premostiti jih je mogoče z boljšim med-resornim sodelovanjem, zaradi česar bi bilo treba razmisliti o oblikovanju med-resornega usmerjevalnega odbora, ki bi imel podporo strokovnega sveta, sestavljenega iz predstavnikov deležnikov s področja duševnega zdravja, vključno s predstavniki strokovnih združenj in znanstvenih društev ter združenj uporabnikov in družin. Tudi ustanovitev podobnih odborov na lokalni ravni, ki bi omogočili ustrezno usklajevanje in izvajanje nacionalnega programa, je priporočljivo oziroma potrebno.

Nacionalni usmerjevalni odbor bi lahko pomagal preseči trenutno razdrobljenost sistema financiranja, saj zdaj krije bolnišnično oskrbo Ministrstvo za zdravje, oskrbo v socialnovarstvenih zavodih pa Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Na lokalni ravni bi morale biti lokalne skupnosti deležne spodbude in dobiti priložnost za uvedbo inovativnih in na posameznika osredotočenih strategij, ki bi presegale negativne vplive pripravljanja proračuna po sklopih. Takšen je primer uporabe „osebnih zdravstvenih proračunov“, ki se že izvaja v Veliki Britaniji in Italiji in daje dobre rezultate.

Informacije, ki jih je zbrala misija, jasno izpostavljajo potrebo po zmanjšanju centralizacije storitev v Sloveniji. Deležniki, ki so sodelovali v intervjujih, so povedali, da so ljudje na podeželju in na odročnih območjih v državi deležni manj obravnav ali pa pomoči sploh ne poiščejo. Pomemben element neenakosti v zdravju z geografskega vidika je oddaljenost od storitev, kar pomeni manjšo prostorsko dostopnost. Premik od sistema bolnišnične oskrbe k sistemu oskrbe v skupnosti bi pričakovano zmanjšal neenakosti, ki jih povzroča geografski položaj. Neenakost bi lahko zmanjšali zlasti s preusmerjanjem sredstev iz večjih institucij in s povečanjem števila lažje dostopnih Centrov za duševno zdravje, ambulantnih storitev v skupnosti in za akutne primere manjših psihiatričnih oddelkov v splošnih bolnišnicah, ob tem pa bi bilo treba upoštevati možnost dostopa do storitev v bolj odročnih krajih na podeželju in njihovo kakovost. Sklepati je mogoče, da je postopek deinstitucionalizacije neposredno povezan z geografsko neenakostjo in z razliko v razpoložljivosti storitev na podeželju in v odročnih krajih.

Delovna sila

Kljub temu, da se je v zadnjih letih število delavcev v določenih poklicih, na primer psihiatrov, povečalo, je število strokovnjakov za duševno zdravje glede na potrebe in povpraševanje po njihovih storitvah še vedno majhno. To pa negativno vpliva na njihovo dostopnost in razpoložljivost ter še posebej na čakalne vrste. Primanjkuje zlasti specialistov za duševno zdravje na primarni ravni zdravstvenega varstva - tako za otroke in mladostnike kot tudi za odrasle -, kar zavira tudi vzpostavljanje in delovanje multidisciplinarnih timov v Centrih za duševno zdravje. Čakalna doba za mlade, ki potrebujejo obravnavo pri kliničnem psihologu, je na primer trenutno 15–17 mesecev.

Delno je to znova povezano s financiranjem, saj plačilo večletnega podiplomskega izobraževanja oz. programov specializacije na področju klinične psihologije bremeni posamezno institucijo ali center. Usposabljanje in zaposlovanje kliničnih psihologov je zato treba ponovno preučiti z vidika nacionalnega načrtovanja, ki je usmerjeno k sistematičnemu povečevanju njihovega števila in k omogočanju lažjega kroženja strokovnjakov med institucijami (ne pa, da se jih od tega odvrača, kot je mogoče razbrati iz obveznosti zaposlitve kliničnega psihologa v instituciji, ki je plačala njegovo usposabljanje). S to težavo je povezana tudi potreba po oblikovanju jasne nacionalne usmeritve za zakonsko ureditev psihoterapije, vključno z oblikami z dokazi podprte psihoterapije (kot so kognitivno-vedenjska terapija in druge), upravičene do financiranja iz zdravstvenega zavarovanja.

Informacijski sistemi in zagotavljanje kakovosti

Razvoj celovitega in povezanega informacijskega sistema skrbi za duševno zdravje (ISDZ) lahko pomaga pri spremljanju izvajanja storitev in tudi njihove kakovosti. Namen ISDZ je, da se uporablja kot orodje za izboljšanje duševnega zdravja posameznikov in prebivalstva v celoti. ISDZ bi moral na primer vsebovati elektronske kartoteke s podatki o duševnem zdravju, kar bi okrepilo sodelovanje med različnimi izvajalci storitev in izboljšalo kontinuiteto oskrbe pacientov, ki uporabljajo več storitev hkrati.

Oblikovati bi bilo treba nabor posebnih kazalnikov kakovosti oskrbe na področju duševnega zdravja in jih skupaj z univerzalnimi kazalniki splošnega zdravja stalno uporabljati. Vzpostaviti bi bilo treba nabor kvantitativnih kazalnikov in kvalitativnih meril, ki vključujejo vložke, procese

in rezultate.[11] Uporabna podlaga za obravnavo bi lahko bil nabor kazalnikov kakovosti duševnega zdravja, ki so bili prepoznani v štirih državah Podonavske regije.[12]

3.2 Storitve na področju skrbi za duševno zdravje

Promocija in varovanje zdravja ter preventiva

Še naprej je treba razvijati programe za destigmatizacijo in jih po potrebi izvajati v sodelovanju s pristojnimi ministrstvi, ob uporabi pristopa, s katerim je mogoče učinkovito vplivati na celotno prebivalstvo. Izkazalo se je, da uporabljajo nevladne organizacije za boj proti stigmatizaciji proteste in izobraževanja ter da vključujejo v te aktivnosti tudi uporabnike storitev. V Sloveniji sta delovanje nevladnih organizacij in tudi platforma OMRA dobra primera inovativnih programov za povečevanje ozaveščenosti na področju duševnega zdravja. Pomanjkljivost teh programov pa je, da običajno nagovorijo ljudi, ki so že zainteresirani. Pristopi za zmanjšanje stigme morajo biti raznoliki, da naslavljajo številne mehanizme, ki vodijo k neugodnim rezultatom, poleg tega pa jih je treba izvajati na več ravneh, da se ukvarjajo tako s stigmo, ki obstaja na ravni posameznika, kot tudi s tisto na ravni družbenih struktur (glej tipologijo ukrepov za destigmatizacijo v nadaljevanju).

Okvir 1: Vrste ukrepov za destigmatizacijo (Stuart, 2016)[12]

1. *Povečanje ozaveščenosti: Zberejo se ključni deležniki, ki sodelujejo v dejavnostih, namenjenih povečanju prepoznavnosti težav v duševnem zdravju v javnosti.*
2. *Programi za večjo pismenost: Namenjeni so izboljšanju znanja o duševnih boleznih, njihovih znakih in simptomih, zdravljenju in virih pomoči.*
3. *Protest: Ukrepi, ki temeljijo na protestu, so zasnovani tako, da zmanjšajo stigmo z izražanjem nasprotovanj in obsojanj. Pogosto so osredotočeni na strukturno raven in poskušajo spremeniti organizacijsko vedenje in prakse. Zaradi uspešnih protestov so bili s trgovskih polic umaknjeni izdelki, ki so pomenili žalitev, spremenjene so bile trženjske strategije za prodajo filmov in iz televizijskih in zabavnih medijev so bile odstranjene žaljive vsebine.*
4. *Zagovorništvo: Usmerjeno je proti neenakosti, ki jih ustvarjajo družbene strukture s tem, da namerno ali nenamerno omejujejo pravice posameznikov z duševnimi motnjami.*
5. *Družabni stiki: Temeljijo na ideji, da bi pogostejši družabni stiki s pripadniki stigmatizirane skupine lahko odpravili napačne predstave in posploševanja ter zmanjšali predsodke in diskriminacijo.*

Priporočljivo je, da se še naprej podpirajo in širijo preventiva, programi in ukrepi, vključno s tistimi, ki se že izvajajo in so bili že ocenjeni kot učinkoviti v Sloveniji, kot je primer programa starševstva Neverjetna leta. Ti programi, ki so bili izvedeni v okviru raziskovalnih projektov in zato posledično časovno in z viri financiranja omejeni, so se pred kratkim začeli uporabljati tudi v prvih skupnostnih Centrih za duševno zdravje. Lahko bi bili sistematično uvedeni pri zgodnji

[11] Thornicroft, G., Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press: Cambridge.
[12] Gaebel et al. (2020). Quality indicators for mental healthcare in the Danube region: results from a pilot feasibility study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. doi: 10.1007/s00406-020-01124-z
[12] Stuart H (2016), Reducing the stigma of mental illness. Global Mental Health, 3:e17.

obravnavi otrok in v Centrih za duševno zdravje za dobrobit otrok in mladostnikov ter njihovih staršev.

Obstajajo neizkoriščene možnosti za okrepitev programov za duševno zdravje v šolah, uporabljajoč obstoječa znanja in izkušnje strokovnjakov, ki delajo na šolah kot šolski psihologi. Pilotni program za učitelje Vodenje razreda iz cikla Neverjetna leta je bil v Sloveniji dobro sprejet, ni pa bil deležen zadostne podpore Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, da bi se lahko izvajal v večjem obsegu.

Programi učenja socialnih in čustvenih veščin omogočajo učinkovite razprave o težavah v duševnem zdravju, promocijo in preventivo ter so izboljšali tudi udeležbo pri pouku in znanje.[13] Za uspešno uvajanje programov za promocijo in preventivo na področju duševnega zdravja v šolah je potrebno vzpostaviti neprekinjeno med-resorno sodelovanje med Ministrstvom za zdravje in Ministrstvom za izobraževanje, znanost in šport.

Zdravljenje, oskrba in rehabilitacija

Zdravstveno varstvo na primarni ravni in v skupnosti

Zdravstvena oskrba v skupnosti zahteva nenehno krepitev povezovanja med vsemi deli sistema skrbi na področju duševnega zdravja, da se zagotovi potrebna kontinuiteta. Začeti je treba z skrbjo na primarni ravni (ki deluje kot vratarji sistema), nadaljevati z ambulantno oskrbo, s Centri za duševno zdravje, z rehabilitacijskimi ustanovami in zaključiti z bolnišnično oskrbo.

Kot je poudarjeno v nedavnem poročilu SZO, je primarna raven zdravstvenega varstva[14] ključen in dobro delujoč sestavni del zdravstvene oskrbe v Sloveniji. Slovenski sistem zdravstvenega varstva na primarni ravni je omogočil visok delež prebivalstva z obveznim zdravstvenim zavarovanjem (indeks SZZ je 78/100). Poročilo SZO 2019 pa navaja tudi nekaj izzivov, ki ogrožajo vzdržnost sistema zdravstvenega varstva na primarni ravni, vključno z dolgimi čakalnimi vrstami za specialistične obravnave in visokimi, in še naraščajočimi, obremenitvami splošnih zdravnikov. Zdravniki specialisti družinske medicine imajo pomembno vlogo tako pri številnih telesnih obolenjih kot tudi pri prepoznavanju, preprečevanju in obravnavi težav v duševnem zdravju. Resolucija je v tem pogledu pozvala k povečanju kapacitet izvajalcev zdravstvenega varstva na primarni ravni, k temu pa je deloma prispevala izvedba delavnice SZO mhGAP, ki je bila osredotočena na izobraževanje nosilcev usposabljanj na področju prepoznavanja in zdravljenja duševnih težav otrok in mladostnikov. Glede na to, da je bil odziv na delavnico pozitiven, in zagotovljena kontinuiteta in usklajevanje med zdravstvenim varstvom na primarni in na sekundarni ravni, se priporočajo nadaljnja prizadevanja za takšno povečevanje kapacitet. Teme delavnic so lahko tudi obsežnejše in lahko zajamejo tudi duševne težave odraslih, nevrološke težave in težave zaradi zlorabe psihoaktivnih snovi.

[13] Smernice SZO o promocijskih in preventivnih ukrepih na področju duševnega zdravja mladostnikov; https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventiveinterventions-for-adolescents

[14] SZO (2019). Celovita primarna raven zdravstvenega varstva, ki je osredotočena na posameznika, prinaša rezultate: študija primera iz Slovenije. Regionalni urad SZO za Evropo; Kopenhagen, Danska.

Poleg pomanjkanja osebja in posledično dolgih seznamov čakajočih na obravnavo je specifična težava na področju otroške in mladostniške psihiatrije tudi povezava s storitvami za odrasle. Zlasti je s tem povezana potreba po vzpostavitvi protokolov za usmerjanje prehoda pacientov, starih približno osemnajst let, od izvajalcev psihiatričnih storitev za otroke in mladostnike k tistim za odrasle. Poleg tega so na področju storitev za otroke in mladostnike še vedno prisotne geografske neenakosti zaradi oddaljenosti, kajti večina teh storitev je na voljo v večjih mestih, na podeželju in v oddaljenih manjših krajih pa jih je manj. To povzroča neenakosti in sili paciente in njihove starše, da se bodisi preselijo ali pa nehajo iskati potrebno pomoč. Posledično obstaja potreba po izboljšanju dostopa do storitev na primarni ravni na območju celotne države.

Bolnišnična oskrba in oskrba v socialnovarstvenih zavodih

V Sloveniji so bili v zadnjih petih letih narejeni pomembni koraki za izboljšanje kakovosti in razpoložljivosti zdravstvene oskrbe na področju duševnega zdravja zunaj bolnišnic. Najbolj opazna je vzpostavitev 20 skupnostnih Centrov za duševno zdravje. Kljub pozitivnemu razvoju pa ni bilo znatnega znižanja števila bolnišničnih storitev. Število hospitalizacij se v letih od 2015 do 2019 ni bistveno spremenilo, v nekaterih primerih se je celo povečalo. Več deležnikov, ki so sodelovali v intervjujih, je omenilo visoko raven institucionalizacije in prevladujočo institucionalno kulturo. Da bi se približali 4. cilju iz RNPDZ 18–28 in dosegli 40-odstotno zmanjšanje števila institucionalnih postelj, bi morali zdaj pospešiti proces deinstitucionalizacije.

Preusmeritev od sistema oskrbe v bolnišnicah k sistemu oskrbe v skupnosti, se lahko izvede, če bodo viri in osebje postopoma premeščeni iz bolnišnic v Centre za duševno zdravje in v ambulantno oskrbo. Poleg tega je treba oceniti potrebe tistih pacientov, ki so sprejeti v psihiatrične bolnišnice, in zanje poiskati alternativne rešitve v skupnosti (npr. oskrba na domu, oskrbovana stanovanja, bivanjske skupnosti in podpora pri samostojnem življenju). Ta cilj bo dosežen le s sodelovanjem med socialnim in zdravstvenim resorjem ter NVO. V tem procesu je treba posebej paziti, da ne pride do trans-institucionalizacije. Za spremembo institucionalne kulture bi morala biti specializantom psihiatrije na voljo usposabljanja, ta pa bi morala biti na voljo tudi v okviru izobraževalnih programov, ki so namenjeni vsem strokovnjakom na področju duševnega zdravja.

Kot navaja Resolucija, je izjemno pomemben sestavni del sistema skrbi za duševno zdravje dobro razvito zdravstveno varstvo na primarni ravni in v skupnosti. Kot osrednja težava pri preoblikovanju se kaže trenutno nizko število delavcev in programov oskrbe na primarni ravni. Pridobiti je treba dodatno financiranje in človeške vire ali pa te premestiti iz sistema institucionalne oskrbe. Ključno je, da se visoko usposobljene kadre, vključno s psihiatri, specialisti otroške in mladostniške psihiatrije in kliničnimi psihologi, na različnih ravneh zdravstvenega sistema razporedi v skladu s potrebami prebivalstva, kajti obstoječa koncentracija človeških virov na področju duševnega zdravja v psihiatričnih bolnišnicah ovira enakopraven dostop do oskrbe in kontinuirano oskrbo. V procesu stabilne reforme se predvidena mreža Centrov za duševno zdravje, delujočih skupaj z izvajalci splošnih bolnišničnih storitev in zdravstvenih storitev na primarni ravni, lahko vzpostavlja postopoma. Da bi se spodbudile in okrepile povezave med izvajalci splošnih bolnišničnih storitev in zdravstvenih

storitev na področju duševnega zdravja v skupnosti na primarni ravni, se priporoča ponovna usmeritev pozornosti in investicija v konziliarno psihiatrično službo.

Končno, kriza zaradi COVID-19, odziv nanjo in z njo povezane potrebe po okrevanju zahtevajo hitro posvetovanje in izvajanje teh priporočil zaradi resnosti socialno-ekonomske kot tudi zdravstvene krize. Trenutna pandemija je znatno povečala potrebo in povpraševanje po na posameznika osredotočeni, odzivni in skupnostni zdravstveni oskrbi na področju duševnega zdravja in je dejansko še poudarila glavne cilje reforme, ki so opredeljeni v *Resoluciji o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018*. Na kratko, duševno zdravje prebivalstva v državi je odvisno od pravočasnega in celovitega izvajanja nacionalnega načrta na področju duševnega zdravja.

Povzetek glavnih izzivov in možnih rešitev je podan v spodnji tabeli.

Glavni izzivi, potrebe	Možnosti za preučitev / priporočila
Upravljanje in financiranje	
1. Med resorno usklajevanje, načrtovanje in financiranje	• Vlaganje v med-resorne, več-deležniške mehanizme upravljanja za nadzor nad skupnim načrtovanjem, skupnim proračunom, izvajanjem in spremljanjem RNPDZ 18–28 na nacionalni in lokalnih ravneh.
2. Enakopravnost pri dostopu	• Zmanjšanje geografske neenakosti z nadaljnjim razvijanjem lokalno določenih in v skupnosti delujočih izvajalcev storitev na področju duševnega zdravja. • Izboljšanje dostopa do storitev na področju duševnega zdravja za otroke in mladostnike po vsej državi.
Človeški viri in kadrovsko načrtovanje	
3. Dostop do specialistične oskrbe	• Priprava načrta, zaposlovanja in usposabljanja kliničnih psihologov na nacionalni ravni in povečanje njihovega števila in kapacitet za boljši odziv na potrebe prebivalstva. • Priprava regulativnih smernic za psihoterapevtsko prakso (in za povračilo z njo povezanih stroškov).
Zdravstveni informacijski sistemi in zagotavljanje kakovosti	
4. Kakovost in vpliv oskrbe	• Oblikovanje kazalnikov kakovosti za storitve na področju duševnega zdravja, njihova uporaba naj postane rutina.
Organizacija in posredovanje storitev	
5. Preventiva in promocija	• Povečanje ozaveščenosti, pismenosti in zagovorništva. • Uvedba programov učenja socialnih in čustvenih veščin v šolah. • Izvajanje učinkovite preventive in podpira programov, namenjenih družinam.

6. Integracija duševnega zdravja v zdravstveno oskrbo na primarni ravni in v skupnosti	• Okrepitev zmogljivosti izvajalcev, ki niso specialisti, za prepoznavanje, vodenje in spremljanje ljudi s težavami v duševnem zdravju. • Še naprej odpiranje Centrov za duševno zdravje, za učenje in spremljanje CDZ, vključno z dogovori o interdisciplinarnem delu.
7. Bolnišnična oskrba in oskrba v socialnovarstvenih zavodih	• Pospešitev prizadevanj za premik storitev iz večjih institucij, tako da se a) omogočijo in finančno podprejo alternativne rešitve v skupnosti, vključno z oskrbovanimi stanovanji in dnevnimi centri; b) zagotovijo usposabljanje osebja za delo v institucijah in v skupnosti; c) spremljajo standardi kakovosti oskrbe v skladu s Konvencijo ZN o pravicah invalidov.

Priloga Urnik sestankov misije (september 2020)

Sreda, 2. september

9.00–9.45	**Izkušnje uporabnikov** • Marjana Dautović – predstavnica staršev • Anja Črepinšek – predstavnica mladostnikov • Dejan Sotirov – zavod Mavrični bojevniki
10.00–10.45	**NVO za storitve na področju duševnega zdravja uporabnikov in družin** • Tilen Recko – Društvo Altra • Nace Kovač – ŠENT, Slovensko združenje za duševno zdravje
11.00–11.45	**Izobraževalne ustanove** • Dr. Mateja Hudoklin – Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana
14.00–14.45	**Zdravstveni dom Ljubljana** • Dr. Mateja Vintar Spreitzer – Zdravstveni dom Domžale

Petek, 4. september

9.00–09.45	**Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov Celje** • Anita Požin – Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov Celje • Tamara Polanič – Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov Murska Sobota
10.00–10.45	**Center za duševno zdravje odraslih** • Vladimira Tomšič – Zdravstveni dom Sevnica • Maja Bundalo Bočić – Zdravstveni dom Ptuj • Prof. dr. Vesna Švab – ŠENT, Slovensko združenje za duševno zdravje

11.00–11.45	**Psihiatrične bolnišnice** • Miloš Židanik – direktor Psihiatrične bolnišnice Ormož • Bogdan Tušar – Psihiatrična bolnišnica Idrija • Dr. Miran Pustoslemšek – Psihiatrična bolnišnica Maribor, Enota za forenzično psihiatrijo
14.00–14.45	**Socialnovarstveni zavod Hrastovec** • Petra Hameršak – Socialnovarstveni zavod Hrastovec
15.00–15.45	**Splošna bolnišnica** • Jadranka Buturovič – Univerzitetni klinični center Ljubljana • Daniel Grabar – strokovni direktor Splošne bolnišnice Murska Sobota

Ponedeljek, 7. september

9.00–9.45	**Financiranje** • Miriam Komac – Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije • Dr. Agata Zupančič – Ministrstvo za zdravje
10.00–10.45	**Ministrstvo za zdravje** • Nadja Čobal – Ministrstvo za zdravje • Dr. Agata Zupančič – Ministrstvo za zdravje
11.00–11.45	**Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport** • Mišela Mavrič – Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport • Anton Baloh – generalni direktor Direktorata za predšolsko vzgojo, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport
14.00–14.45	**Ministrstvo za socialne zadeve** • Barbara Goričan, Renata Brdar Tomažinčič in Teja Podgorelec – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
15.00–15.45	**Nacionalni inštitut za javno zdravje** • Dr. Marija Anderluh – Nacionalni inštitut za javno zdravje • Prof. dr. Vesna Švab – Nacionalni inštitut za javno zdravje • Prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek – Nacionalni inštitut za javno zdravje

Torek, 15. september

12.00–12.45	**Nacionalni inštitut za javno zdravje** • Jožica Maučec Zakotnik – Nacionalni inštitut za javno zdravje

	• Matej Vinko – Nacionalni inštitut za javno zdravje

Četrtek, 17. september

13.00–13.45	**Ministrstvo za zdravje** • Vesna Kerstin Petrič – v. d. generalnega direktorja, Direktorat za javno zdravje, Ministrstvo za zdravje